

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



AGENCY OR SITE	CHART #	Screening Office Visit ____/____/____	eCaST ID
LAST NAME		FIRST NAME	DATE OF BIRTH

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Complete todas las partes a continuación.

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Cuál es el mayor nivel de **educación** que haya completado?

- Menos de 9.º grado
- No terminó la escuela secundaria
- Se graduó de la escuela secundaria o equivalente
- No terminó la universidad o educación superior
- No sabe/No está seguro

¿Cuál es el **idioma principal** que se habla en su hogar?

- Inglés Francés Japonés Ruso Criollo
- Español Chino Coreano Tagalo Portugués
- Árabe Italiano Polaco Vietnamita Hmong
- Otro idioma _____

COLESTEROL

BP+

¿Tiene **colesterol alto**?..... Sí No NS*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir el **colesterol**?..... Sí No NS*

▶ Si es así, en los últimos 7 días (incluso hoy), ¿cuántos días tomó el medicamento recetado para reducir el **colesterol**?..... _____ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir el **colesterol**? Sí No NS*

**NS: no sabe/no está seguro*

HIPERTENSIÓN

BP+

¿Tiene **hipertensión (alta presión arterial)**?..... Sí No NS*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir la **hipertensión**?..... Sí No NS*

▶ Si es así, en los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó el medicamento recetado (incluso diuréticos o píldoras para eliminar agua) para reducir la **hipertensión**?..... _____ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir la **hipertensión**? Sí No

▶ ¿Se toma la **presión arterial** en casa o usa otros instrumentos calibrados?..... Sí No NS*

▶ Si no es así, mencionar el motivo:

- Nunca le dijeron que se la tomara No sabe cómo tomarla No tiene un aparato para tomarla

▶ Si es así, ¿cuán a menudo se toma la **presión arterial** en casa o usando otros instrumentos calibrados?

- Varias veces al día A diario Varias veces por semana Semanalmente Mensualmente NS*

▶ ¿Comparte regularmente las lecturas de la **presión arterial** con un proveedor de atención médica para saber qué opina? Sí No NS*

**NS: no sabe/no está seguro*



AGENCY OR SITE	CHART #	Screening Office Visit ___/___/___	eCaST ID
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH	

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE (cont.): Complete todas las partes a continuación.

DIABETES

BP*

¿Tiene **diabetes**? (ya sea tipo 1 o tipo 2) Sí No NS*

▶ ¿Toma medicamentos para reducir la **glicemia (por la diabetes)**?..... Sí No NS*

▶ Si es así, en los últimos 7 días (incluso hoy), ¿cuántos días tomó el medicamento recetado para reducir la **glicemia (por la diabetes)**?..... _____ días

▶ Si no es así, ¿no ha podido obtener el medicamento recetado para reducir la **glicemia**?..... Sí No

**NS: no sabe/no está seguro*

INFARTO

BP*

¿El proveedor de atención médica le ha diagnosticado alguno de los siguientes trastornos?: cardiopatía isquémica o dolor torácico, infarto, insuficiencia cardíaca, derrame cerebral o accidente isquémico transitorio, vasculopatía, cardiopatías congénitas. ?..... Sí No NS*

**NS: no sabe/no está seguro*

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuánta **fruta** come en un día promedio?..... _____ tazas

¿Cuántas **verduras** come en un día promedio?..... _____ tazas

¿Come 2 o más porciones de **pescado** por semana?..... Sí No

¿Come 3 o más onzas de **cereales integrales** por día?..... Sí No

¿Bebe menos de 36 onzas (450 calorías) de **bebidas con azúcares añadidos** por semana?..... Sí No

¿En la actualidad está controlando o reduciendo su consumo de **sodio o sal**?..... Sí No

¿Cuánta **actividad física moderada** realiza en una semana?..... _____ minutos

¿Cuánta **actividad física vigorosa** realiza en una semana?..... _____ minutos

FUMAR

BP*

¿**Fuma**? Incluso cigarrillos, pipas o cigarros (tabaco de cualquier forma)

Fuma en la actualidad Dejó de fumar (1-12 meses) Dejó de fumar (más de 12 meses) Nunca fumó

¿Aproximadamente cuántas horas promedio al día se encuentra en la misma habitación o vehículo con **otro fumador**? _____ horas Menos de una Ninguna

CALIDAD DE VIDA

Al pensar en su **salud física**, incluso enfermedades y lesiones físicas; ¿en cuántos de los últimos 30 días sintió que su **salud física** no era buena?..... _____ días NS*

Al pensar en su **salud mental**, incluso estrés, depresión y problemas emocionales; ¿en cuántos de los últimos 30 días sintió que su **salud mental** no era buena?..... _____ días NS*

¿En aproximadamente cuántos de los últimos 30 días una mala **salud física o mental** supuso un obstáculo para realizar **actividades normales**, como **cuidado personal, trabajo o recreación** ?..... _____ días NS*

**NS: no sabe/no está seguro*